

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ORQUITES

MAURO MONTAURY DE SOUZA

12^a FASE DO CURSO DE MEDICINA

valer o esforço de auto
na revisão e significar e
no resultado

7 (sete)

~~Mauro Montauri de Souza~~
180/882

ÍNDICE

	<i>PÁGINA</i>
<i>I</i> - SUMMARY	01
<i>II</i> - INTRODUÇÃO	02
<i>III</i> - MATERIAL E MÉTODOS	03
<i>IV</i> - RESULTADOS	04
<i>V</i> - DISCUSSÃO	10
<i>VI</i> - CONCLUSÃO	12
<i>VII</i> - BIBLIOGRAFIAS	13

SUMARY

Twenty-nine cases of orchitis are presented, that is, 58,61% have possibly etiology bacterial infection. Theses patients demonstrate mechanisms of infection intrascrotal structural, were 5 etiology probable.

Twenty-three patients (79,3%) symptions are due a pain of testis, and another are subdivisions: pain urology (2 cases), fever persistent (01 case), dolor in hypogastrium (01 case), acute retencion urinary (01 case), incarcerated hernia (01 case).

Six patients (50%) with bacterial orchitis have symptoms of the urology infection too, so that is possible with positive urine culture in only one.

INTRODUÇÃO

A história clínica, o exame físico detalhado assim como o exame complementar, ajudam a orientação diagnóstica precisa das orquiepididimites quanto ao seu agente etiológico.

O presente trabalho baseado nos dados citados acima, dividiu as orquites em: bacterianas, inespecíficas, pós cirúrgicas e traumáticas. Para esta finalidade foram importantes na sequência: viral - epidemiologia de parotidite epidêmica e linfocitose; bacteriana - história de infecção urinária, desvio a esquerda no leucograma, número de leucócitos, alterações compatíveis com presença de germes na urina e cultura de urina; inespecífica - ausência de germes específicos, ausência de leucogramas, parcial de urina e cultura; pós cirurgia - história de orquite pós cirurgia, contaminação de ferida operatória; pós traumática - história de trauma anterior ao aparecimento de orquite (5,9,11,12,14,15,16,17).

O diagnóstico diferencial de causas agudas de dor testicular inclui: hérnia encarcerada, torção de testículo, edema de escroto, torção de epidídimo, hidrocele aguda, tumores testiculares, trauma, orquiepididimites de uma maneira geral (1,2,3,4,7,8,9,10,13,17).

MATERIAL E MÉTODOS

Foram levantados todos os casos de orquite, ou orquite epididimite agudas de 1970 até a data atual em 1982 do Hospital de Caridade em Florianópolis. Devido a falta de documentação existente antes de 1973, o presente trabalho limitou-se ao espaço de tempo compreendido entre maio de 1973 a janeiro de 1982.

São estudados pelo autor 29 casos de orquite neste período citado acima.

Os dados coletados nos prontuários foram os seguintes:

- . nome (iniciais do nome);
- . data de internação;
- . idade;
- . queixa principal admissão;
- . duração dos sintomas;
- . etiologia;
- . outras patologias;
- . cirurgias;
- . sintomas gerais (anorexia, náuseas, vômitos);
- . sintomas locais testiculares (dor, hiperemia, volume, sensibilidade);
- . antibioticoterapia utilizada;
- . diagnóstico;
- . temperatura de admissão;
- . leucograma (nº totais de leucócitos, bastões segment., linfócitos);
- . P. de urina;
- . cultura de urina.

RESULTADOS

Os 29 pacientes examinados ficam assim tabelados, conforme agente etiológico - Tabela 1.

TABELA 1 - Diagnóstico Final :

	VIRUS (CACHUMBA)	BACTERIANA	INESPECÍFICA	PÓS CIRURGIA	TRAUMA	TOTAL
Casos	3	12	5	6	3	29
Porcentagem	10,34	41,37	17,24	20,68	10,34	99,97

Dos prontuários examinados a idade média atingida nas orquites a virus, bactérias, inespecífica, pós cirurgia e trauma foram: 26,00; 42,08; 63,16; 39,00. A alta faixa etária de 66,16 anos nas orquites pós cirurgia foi explicada pelo grande número de prostatectomia nesta idade. A que apresentou a maior elevação de temperatura (38,06°C) foi a viral, seguida da bacteriana (37,24°C) e as afebris que foram: inespecífica (36,96°C) e a traumática (36,45°C).

Os pacientes apresentaram queixa principal de dor testicular em 23 casos, sendo 1 por retenção urinária aguda (orquite pós cirurgia), 1 por dor em hipogástrico (O.bact.), 1 por dor em região inguinal direita com parada de eliminação de gases e fezes - abdome agudo - hérnia inguinal D. encarcerada (O. pós cirurgia), 1 devido a febre persistente (O. bact.), e 2 por disuria - dor (1 O. bact. e outro por O. viral por cachumba). Segue Tabela 2.

TABELA 2 - Exame Clínico e Dados: 29 Casos:

	VIRUS (3)	BACT. (12)	INESP.(5)	POS CIR.(6)	TRAUMA(3)
.Idade média	26,00	42,08	41,00	66,16	39,00
.Temp.adm.	38,06°C	37,24°C	36,96°C	36,75°C	36,45°C
.Queixa Principal na admissão hosp:					
-Dor testicular:	2	9	5	4	3
- Outros:	1(disuria -dor)	3:1-febre persistente; 1-dor hipogastro e 1 disuria-dor.	0	2:Ret.urin. ag. e hérnia inguinal D. encarc.	0
. Duração de sintomas:					
> 7 dias	0	2	0	1	2
< 7 dias	3	10	5	5	1
.Dor testicular:					
-ausente	0	0	0	0	0
-presente	3	12	5	6	3
.Lado:					
-direito	1	5	4	4	3
-esquerdo	0	5	1	2	0
-bilateral	2	2	0	0	0
.Volume:					
-normal	0	2	0	0	0
-aumentado	2	9	5	6	3
-incerto	1	1(F.P.v.)	0	0	0
.Sensibilidade ao toque aumentada:	0	6	0	2	1(infec.urin.)
.Hiperemia/edema:					
-escroto	0	6	3	3	3
-períneo	0	1	0	0	1
.Sinais florísticos:	0	7	3	3	3

Todos os pacientes no início ou no decorrer da doença tiveram dor testicular, sendo que o lado mais comprometido foi o direito, exceção feita para 0. bacteriana que foi idêntica. A maioria apresentou aumento testicular, sendo que 50% das orquites bacterianas tiveram aumento da sensibilidade ao toque.

A procura ao hospital em geral se fez antes de 7 dias, exceção feita a orquite por trauma.

As queixas particulares e sintomas gerais foram colocadas na tabela 3:

TABELA 3:

	VIRUS(3)	BACTS(12)	INESP(5)	POS CIR(6)	TRAUMA(3)
Hidrocele	0	0	1	0	0
Anorexia/náusea/vômitos	1	4	2	1	1
Dor abdominal aguda	1(suspeita de pancreatite)	0	0	1(Hern. Ing.D. encarcerada)	0
Cólica reno-ureteral	2	0	0	0	0
Hematúria macroscóp.	0	3	0	1(pós-prostatect)	0
Infeção Urinária	0	5	0	1	1
Infeção de ferida operatória	0	0	0	2(H.I.D. Enc e Prostatect.)	1

Desta tabela tiramos que hidrocele foi um achado raro nas orquites, e que a orquite de etiologia bacteriana se apresentaram 1/3 dos casos, com anorexia/náuseas/vômitos.

Houve em 2 oportunidades suspeita de abdome agudo. Em um caso, pensou-se em pancreatite na vigência de paratidite epidêmico, o que não foi confirmado na investigação laboratorial. Em outro paciente ficou confirmado a presença de hérnia inguinal direita encarcerada e posteriormente apresentou orq. pós-cirurgia com infecção de ferida operatória.

As orquites que mais tiveram infecção urinária foram as bacterianas, assim como hematúrias macroscópicas.

Dos 3 pacientes com orquite viral por cachumba 2 tiveram cólica reno-ureteral.

Foi confeccionada uma tabela (4) com exames complementares tais como: leucometria total e específica, sedimentoscopia de urina, cultura de urina. Segue tabela 4.

TABELA 4 - EXAMES COMPLEMENTARES

	VIRUS (3)	BACTÉRIAS (12)	INESPECÍFICOS (5)	PÓS CIRURGIA (6)	TRAUMÁTICA (3)
Leucometria:					
• Solicitada	03	10(5c/desvio esq.):	02	03	02(1c/desvio esq.)
• Não solicitada	0	02	03	03	01
• nº de leucócitos	42.200-10.900-5.100	Média: 10.105	6.700-6.600	6.200-9.200-7.500	7.400-17.800
• Bastões	2	2,7	07 14	06 03 01	04 02
• Segmentados	44	61,1	50 71	58 63 64	52 79
• Linfócitos	40	19,6	32 12	22 30 22	28 16
		Média: 1± 10.900			
		4 12.400			
		17.400			
Sedimentoscopia de Urina:					
• Solicitada	Muito leuc. Poucos Hm. leuc. Bact. Hm. bact.	9(4 c/poucos Leuc. Hm., Bact. e muco) (1 c/poucos leuc., muitas Hm., bact. e mucos) (4 c/muitos bact., leuc. mucos). 3 (2 Hematúrias macroscópia)	1(poucas hm., bact. leuc. e muco)	muito leuc. leuc. Hm. bact. muco H.I.D.E. pouco Hm P.	pouco Bacteúria leuc. muitos bact. leuc. muitos celts. epit.
• Não solicitada	1		4		
Cultura de Urina:					
• Solicitada	0	5(3-, 2+ (10 ⁴ estaf. epidermitis, 10 ⁷ shigela)	1-	0	2(1-) 1+368x10 ⁵ enterobacter cloacae

Hm. - Hemácias
Leuc.-Leucócitos
Bacts.-Bactérias
estáf.-estafilococos

Da Tabela 4 apresentada conclui-se: As Orquites virais por cachumba só uma delas apresentou aumento do número de leucócitos com dois deles com linfocitose relativa. Não confirmada por estudo sorológico de vírus. Nas orquites bacterianas de 12 casos, 10 leucometria foram solicitadas com 5 desvios para esquerda, sendo um deles no valor total de 10.900 leucócitos e 4 maior de 12.400 e inferior a 17.400 leucócitos. Na sedimentoscopia, 9 foram solicitados, sendo que das 3 não solicitadas, existia 2 delas com hematúria macroscópica. Infecção urinária existia em 5 pacientes das 12 bacterianas, sendo que: 1 paciente não foi solicitado exames complementares e existia hematúria macroscópica; 4 com exames sendo que: 1 com hematúria macroscópica + alterações do sedimento urinário + clínica de pielonefrite aguda com cultura não solicitada; 1 com sedimentoscopia de 2400 leucócitos, 200 hemácias, cultura de urina não solicitada, baciloscopia apresentada com pouco bacilos G +, alguns cocos G +; 1 com sedimentoscopia 6.355 leucócitos, 1511 hemácias, 266.000 cilindros e cultura de urina -; o último com sedimentoscopia de muitos leucócitos, bactérias, muco e raras hemácias, cultura θ para germes G θ tipo shigela com 10^{17} colônias. Na orquiepididimite inespecífica em n° de 5 casos só 2 leucometrias foram solicitadas, sendo que 1 só apresentava n° de neutrófilos aumentada. Uma cultura solicitada foi negativa, e em nenhum deles houve clínica ou suspeita de infecção urinária. As orquites pós-cirurgia em n° 6 só 3 leucometrias foram solicitadas, sendo que houve 2 infecções de ferida operatória, 1 pós-hernia inguinal direita encarcerada e outra pos-prostatectomia. Não houve nenhum pedido de cultura tanto de urina, sangue ou ferida operatória, ambas com muitos leucócitos e bactérias na urina. Os 3 pacientes de orquite traumática só 2 deles foram pedidos leucometria e 1 deles com desvio a esquerda e tinha 17.800 leucócitos com muitas bactérias e leucócitos na urina com cultura θ para Enterobact. cloacae com 368×10^5 colônias.

Não houve critério nenhuma para o emprego de antibióticoterapia em suspeita de processo infeccioso bacteriano. Foi usado antibióticos de largo espectro.

Das 8 culturas de urina solicitadas para investigação do agente etiológico das orquiepididimites só houve positi

vidade em 2 delas. Numa cultura de urina 1 paciente com suspeita de orquite bacteriana cresceu shigela com 10^7 colônias e noutra' orquite traumática cresceu enterobacter cloacãe com 368×10^5 colônias.

DISCUSSÃO

Existem vários mecanismos fisiopatológicos para o desenvolvimento das orquiepididimites. Alguns deles incluem: alergia, trauma, reações após cirurgias do trato genito-urinário, auto imune, doenças granulamatosas, doenças infecciosas, doenças virais.

Inúmeros casos ficam sem diagnóstico após evolução prolongada. Alguns destes pode ser ssecundário a refluxo urínario. (5,6,7,8,9,10,11,12,14,15,16,18).

A causa infecciosa é a mais comum. Estudos recentes em adultos concluiu que os organismos transmitidos sexualmente (*chlamydia trachomatis*, *neisseria gonorrhoeae*, and possibly *ureaplasma urealyticum*) acompanha a maioria dos casos de orquiepididimite em homens com menos de 35 anos de idade, enquanto *bacillus coliformes* secundários a infecção do trato urinário são agentes causadores em homens idosos.

Casos de orquiepididimite bacteriano devido a *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *salmonella* e *shigella* tem sido descritas e podem ocorrer, como resultado de uma septicemia ou bacteremia, particularmente em crianças. (5,9,14,15,16,17,18).

A maioria das orquites em crianças é devido a infecção viral. A mais comum delas é a parotidite epidêmica, que geralmente atinge baixa faixa etária, de comprometimento unilateral. Quando bilateral, leva a esterilidade. O diagnóstico de orquiepididimite viral é feito por estudo sorológico de vírus assim como sua cultura. (11,12,16)

Angiografia com radioimunoensaio num estagiamento precoce é um rápido e acurado meio de distinguir infecção de torção. (16)

A terapêutica de orquiepididimites depende do mecanismo de infecção. Quando secundária a infecção urinária responde rapidamente a terapêutica antibiótica oral e não necessita de drenagem cirúrgica, só a utilizando quando for grande.

Quando na suspeita de um processo infeccioso, as culturas de urina, uretra, sangue e sorotipagem virológica se fazem necessárias. Quando negativo, fazer espermocultura. (13,14,15, 18).

Nos 29 casos estudados os 3 por virus não houve ' confirmação virológica, somente clínica e linfocitose relativa . Dos 12 pacientes com orquite bacteriana, apenas 5 apresentavam ' desvio para a esquerda, sendo que germe isolado e n° de colônias compatível com infecção urinária ocorreu em 1 caso apenas. As or^uquites inespecíficas foi impossível isolar o germe. As orquites' pós cirurgia com n° de 6 nenhuma delas foi solicitado cultura de qualquer humor ou líquido. A orquite pós trauma em 1 caso dos 3 estudados apresentou desvio para a esquerda no leucograma, com ' bacteriúria e muitos leucócitos na urina e cultura positiva de ' urina com n° de colônias compatível com infecção urinária.

CONCLUSÃO

São apresentados 29 casos de orquite, dos quais 58,61% tinham possivelmente etiologia infecciosa bacteriana. Nestes pacientes, ficou demonstrado que o mecanismo de infecção das estruturas intra escrotais, se deveu a 5 etiologias prováveis.

Em 79,3% (23 pacientes) a queixa principal foi dor testicular, ficando os outros casos assim distribuídos: disuria-dor (2 casos), febre persistente (1 caso), dor em hipogastro (1 caso), retenção urinária (1 caso), hernia encarcerada (1 caso).

Metade dos pacientes com orquite bacteriana apresentaram queixas compatíveis com infecção urinária associada, mas nesta só confirmada em uma oportunidade. O mesmo foi observado em apenas 1 paciente com orquite traumática.

Percebemos que a positividade das culturas solicitadas se situam em uma faixa inferior àquela publicada na literatura mundial.

Além disto, devemos salientar que a indicação da antibioticoterapia, possivelmente fundamentada no desconhecimento do agente etiológico, careceu de maiores critérios.

BIBLIOGRAFIA

01. M.C. Scaramuzza "et al".: Linfoma do testículo, *Jornal Bras. Urologia*, outubro/dezembro, nº 4, vol. 6, pag. 282-6 , 1980.
- R. Yamasaki "et al".: Infecção das glândulas anexas e infertilidade, *Jornal Bras. Urologia*, out./dez, nº 4, vol. 6 , pag. 295-9, 1980.
02. M.A. Gouveia "et al".: Torção do testículo, *J. Bras. Urol.* , abril/junho, nº 2, vol.3, pag. 151-2, 1977.
03. R. Yamasaki "et al".: Tumor de testículo, *Jornal Bras. Urol.* abril/junho, nº2, vol.3, pag. 153, 1977.
04. R. H. Sayão e José Curi: Torção do cordão espermático, *Jornal Bras. Urol.*, janeiro/março, nº 1, vol.2, pag. 56/9 , 1976.
- Eufrônio J. D'Almeida: Criptorquidia e tumor, *Jornal Bras. ' Urologia*, abril/junho, nº2, vol.1, pag. 120/3, 1975.
05. R.H. Sayão e J.C. Carneiro Neto: Correlação entre os achados da Clínica e da anátomo-patologia nas orquiepididimites , *Jornal Bras. Urologia*, Janeiro/março, nº 1, vol. 1, pag . 41/43, 1975.
06. Frank H. Netter: Reproductive Sistem, *The Ciba Collection of Medical Illustration*, vol. 2, pag. 82/83, 1975.
07. I. H. Griffith: Testículo, dor no, Diagnóstico diferencial , F. Didley Dart, 10ª edição, ed. Guanabara-Koogan, pag. ' 720/5, 1979.
08. Sami Arap "et al": Patologia do Aparelho Urinário, *Pediatria Básica*, 6ª edição, ed. Sarvier São Paulo, Pedro de Alcântara e Eduardo Marcondes, pag. 1473, 1978.

09. Mauro P. Gangai: *Epididymitis*, 530/1, ed. Saunders, *Current Therapy*, 1977.
10. Stanley L. Robbins: *Inflamação Test. Epid., Sist. Genital Masculino, Patologia Estrutural e Funcional*, 2063/6, ed. Inter Americana, 1975.
11. Harrison: *Caxumba, Medicina Interna*, Ed. Guanabara-Koogan, 7ª edição, seção 20, pag. 905, 1977.
12. R. Veronesi: *Caxumba, Doenças In-ecto Parasitárias*, Ed. Guanabara-Koogan, 6ª ed., pag. 213, 1976.
13. J. Ramos Júnior: *Síndromes Clínicas Propedêuticas, Semiotécnica da Observação Clínica*, Ed. Sarvier, São Paulo, vol. 2, 5ª ed., pag. 751/61, 1976.
14. G. Furnness "et al": *Etiology of Idiopathic Epididymitis* J. Urology, 106: 387/92, set, 1971.
15. L. H. Wollin: *On the Etiology of Epididymitis*, J. Urol., 105 531/3, april, 1971.
16. Hermansen, M.C. "et al": *Bacterial epididymo-orchitis in Children and adolescent*, clin. Pediatr. (Phila), 19(12) : 812-5, Dec.
17. V. Hemalatha and A.M.K. Rickwood: *The Diagnosis and Management of Acute Scrotal Conditions in Boys*, British J. Urology, 5,53,455-459, october, 1981.
18. Berger R.E., Alexander E.R., "et al": *Etiology, manifestations and therapy of acute epididymitis: prospective study of 50 cases*. J. Urol. 121: 750, 1979.

TCC
UFSC
CM
0171

N.Cham. TCC UFSC CM 0171

Autor: Souza, Mauro Monta

Título: Orquites..



972810913

Ac. 253363

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM